NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO SPLITSKO –DALMATINSKE ŽUPANIJE

SLUŽBA ZA ŠKOLSKU I ADOLESCENTNU MEDICINU

Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom

(za dijete- ispunjava roditelj)

IME I PREZIME_____

1. **Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature**
   da ne

2. **Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19**
   da ne

3. **Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije**
   da ne

4. **Razlog dolaska_____**

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

Mjesto i datum _____

Potpis _____

NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO SPLITSKO –DALMATINSKE ŽUPANIJE

SLUŽBA ZA ŠKOLSKU I ADOLESCENTNU MEDICINU

Izjava o mogućem riziku zaraze SARS-CoV-2 virusom

(za roditelja)

IME I PREZIME_____

1. **Akutna respiratorna infekcija s ili bez temperature**
   da ne

2. **Bliski kontakt s osobom s potvrđenim ili vjerojatnim oboljenjem od COVID-19**
   da ne

3. **Jesu li su Vam određene mjere samoizolacije**
   da ne

4. **Razlog dolaska_____**

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem točnost gore navedenih podataka:

Mjesto i datum _____

Potpis _____